Faculté de Médecine de Strasbourg

ANNÉE 1934 N° 38

THÈSE

présentée pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'État)

par

FERBER, Charles, Adolphe, Corneille
né à Seltz (Bas-Rhin), le 11 Juillet 1905

Mort subite de cause pulmonaire chez le nourrisson et le jeune enfant

Président de Thèse :
Mr P. CHAVIGNY, Professeur de Médecine légale

IMPRIMERIE F. POSTH
Bischwiller, 4, Place de l'Hôtel de Ville
1934

Faculté de Médecine de Strasbourg

ANNÉE 1934 N° 38

THÈSE

présentée pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'État)

par

FERBER, Charles, Adolphe, Corneille
né à Seltz (Bas-Rhin), le 11 Juillet 1905

Mort subite de cause pulmonaire chez le nourrisson et le jeune enfant

Président de Thèse :
Mr P. CHAVIGNY, Professeur de Médecine légale

IMPRIMERIE F. POSTH
Bischwiller, 4, Place de l'Hôtel de Ville
1934

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... M. FORSTER A. ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie.....		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLÈS ✻ ✪.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✪ A.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I.
		AMBARD ✻ ✪.
Clinique chirurgicale		LERICHE O. ✻ ✪ I.
		STOLTZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ A.
Clinique infantile		ROHMER ✪ I.
Clinique oto-rhinolaryngologique		CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ A.
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTÈS ✪ A.
GERY ✪ A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. GELMA ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KELLER ✪ A.
MM. LARROUSSE
SIMON ✪
VAUCHER ✪ A.
WEISS A.

Serment d'Hyppocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaïssant envers mes maîtres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidéle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CHAVIGNY

Médecin général inspecteur
Professeur de Médecine Légale

En témoignage de
ma vive reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552728_0009

A MA FIANCÉE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

INTRODUCTION

A l'occasion d'une nouvelle expertise médico-légale concernant un enfant mort subitement nous croyons utile de revenir une fois de plus sur une question qui scientifiquement est résolue, mais qui n'occupe pas encore dans les connaissances médicales la place qui lui revient.

Un décès imprévu peut être douteux et nécessite quelquefois de la part de la justice une enquête sur les circonstances et les causes de cette mort. La question n'est donc non seulement médicale mais aussi juridique, et entraîne de la part de celle-ci des incrimination pour homicide volontaire, par imprudence, ou une réhabilitation après accusation à première vue.

A l'occasion de la mort inattendue d'un enfant, l'opinion publique, toujours à l'affût d'évènements sensationnels, s'occupe vite du problème et le résout plus vite encore. Souvent pour elle il n'y a aucun doute : il y a crime. Malheureusement cette éventualité n'arrive que trop souvent, mais il n'en est pas toujours ainsi ; et s'il y a des pères et des mères qui veulent se débarrasser d'un fardeau gênant, il y en a d'autres qui, désolés, s'accusent d'avoir provoqué la mort de leur enfant alors qu'ils sont innoccents. La question d'enfant illégitime, de ménages désunis ou de faux ménages, se surajoutant à l'accident, les bavardages des voisins auront vite fait d'orienter l'opinion publique vers telle ou telle éventualité, avec une foule de propos énigmatiques qui ne reposent sur aucune preuve certaine.

Mais tout cela n'empêche qu'il y a des cas où le décès d'un enfant n'est pas le fait d'un crime. Il y a des filles-mères qui sont désolées de la perte de leur enfant et qui sont redevables à leur entourage de la suspicion de crime dont elles font l'objet.

Et puis c'est la mère, la vraie mère qui, quel qu'en soit le danger, ne peut s'abstenir de coucher leur petit à côté d'elle,

faute de berceau pour les unes, les autres pour les rechauffer les couver encore. Mais la mère fatiguée peut s'endormir, et risque, par un mouvement involontaire, ou en se retournant, d'étouffer l'enfant sous son poids. Il n'y a pas crime, mais excès d'amour maternel qui a conduit à l'accident fatal.

Il y a encore la question des enfants étouffés dans leur berceau, soit par excès de couverture, soit qu'ils aient eu la face enfouie dans les coussins. Ici encore le fait est rare. Un enfant de deux à trois mois normalement constitué arrive, à l'aide de petits mouvements de ses bras, à se dégager rapidement de sa position fâcheuse et à mettre la tête sur le côté pour pouvoir respirer (Expériences faites récemment à la clinique infantile de Strasbourg par le Professeur Chavigny en présence du Professeur Rohmer).

Il faut connaître la possibilité de ces genres d'accidents, et c'est le devoir du médecin de rendre les mères attentives au danger. C'est à eux également d'agir au plus vite pour renseigner la justice en cas d'accident, car beaucoup de ces morts subites, quels qu'en soient les apparences, sont pourtant naturelles et sont l'accident terminal d'une évolution morbide, souvent longue, mais qui ne s'est pas manifestée cliniquement.

Il faut que la suspicion de crime pèse le moins longtemps sur une mère et que, quel que soit sa condition sociale, la lumière soit faite au plus vite sur les causes du décès de son enfant.

Pour cela il importe que le médecin appelé à pratiquer une autopsie sache, et reconnaître rapidement les lésions somatiques mortelles, et avoir connaissances des accidents de la pathologie infantile afin de pouvoir conclure rapidement, s'il y a lieu, à une mort naturelle de l'enfant.

PREMIÈRE PARTIE

Tous les organes de l'économie humaine peuvent être lésés, et par leur insuffisance donner la mort. Dans cet ouvrage nous ne nous intéresserons qu'aux causes pulmonaires, et là encore nous éléminerons celles qu'on peut rencontrer au cours ou après une maladie infectieuse diagnostiquée et traitée.

Nous n'étudirons que les causes pulmonaires de décès survenus chez des nourissons ou de petits enfants chez lesquels l'état de santé n'avait donné auparavant aucune inquiétude, ni aux parents, ni à leur entourage, et qui subitement meurent dans des circonstances pouvant faire penser un instant qu'on se trouve en présence d'un crime.

PARROT [1]) en 1868 semble être le premier à signaler la mort subite d'un enfant. Voici son observation :

Paul A. né le 14 mars 1868 est admis aux enfants assistés. Le 18 mai à 2 heures du matin on le trouve mort dans son lit. Peu de temps auparavant on lui avait donné à boire et rien ne faisait prévoir le décès.

A l'autopsie :

Lobes inférieurs des deux poumons ramollis. Le parenchyme gris brunâtre, en certains points réduit en bouillie, exhale une odeur aigre qui rappelle celle des matières contenues dans l'estomac.

Les petites bronches laissent soudre, par la pression, une matière crêmeuse gris-jaunâtre, dans laquelle on trouve des cellules cylindriques, des gouttes huileuses, des vibrions. Il en est de même dans les grosses bronches.

L'estomac contient un liquide avec gouttes huileuses semblables à celles des bronches.

Il conclut :

Régurgitation et pénétration de matières chymeuses dans les bronches et dans les petites bronches ; mort par suffocation. Le ramollissement des lobes inférieurs des poumons est le résultat de l'autodigestion.

KJERNER [2]) en 1874 relate le cas d'un enfant de 7 ans qui tousse un peu. Personne n'y attache de l'importance, mais subitement l'enfant meurt dans un accès de toux. L'autopsie révéla la présence de matières caséeuses, remplissant les bronches et remontant jusqu'à la glotte.

SCHLEMMER [3]) en 1877 signale qu'il a vu 16 cas de mort subite par régurgitation analogues ou identiques à celles observées par Parrot et donne les compte-rendus de 18 autopsies d'enfants de moins de 2 mois qui n'avaient pas été souffrants auparavant, au moins en apparence, tout au plus étaient-ils atteints d'un peu de catarrhe intestinal ; mais ils buvaient bien leur lait.

A l'Autopsie :

Présence de mucosités dans le larynx, la trachée et les bronches, avec un poumon plus ou moins congestionné suivant les cas.

Il conclut :

Mort par bronchite avec congestion pulmonaire surajoutée

BROUARDEL [4]) à Paris en 1895 fait une étude remarquable de la question. Il a vu également des morts par régurgitation dont voici une observation :

Un garçon de 20 mois, jamais malade, vigoureux, venait de prendre un peu d'eau sucrée. Il crie, le père gronde ; l'enfant se tait, fait un grand soupir et tombe mort.

Autopsie :

Poumon gauche : deux taches violettes de la grosseur du bout d'un doigt. La trachée contenait du liquide jaunâtre semblable à celui du contenu de l'estomac.

Conclusion :
Mort par suffocation.

D'autres observations portent sur les accidents mortels chez des tuberculeux où la maladie évolua sournoisement sans que l'enfant se soit plaint, et sans donner des manifestations extérieures, pâleur, manque d'appétit, qui auraient pu éveiller l'attention des parents.

Expertise :

Mort d'un jeune enfant de 10 mois, sans traces de violences ; corps normal et ne paraissant pas avoir manqué de soins.

Autopsie :

Pas d'épanchement sanguin du cuir chevelu ; os de la voûte et base intacts, cerveau et bulbe normal.

Plèvre : sans adhérences ni épanchement, pas d'ecchymoses sous-pleurales. Lobe inférieur du poumon gauche dur, résistant transformé en masse tuberculeuse. Ganglions bronchiques caséeux, cœur et reins normaux. Autres lobes pulmonaires rouges et congestionnés.

Conclusions :

Mort par tuberculose pulmonaire.

Invasion lente, inaperçue par manque de désordres graves.

« Chez le jeune enfant, dit Brouardel, cette invasion tuberculeuse lente n'est pas rare, elle provoque souvent des congestions rapides et intenses des poumons déterminant une mort presque subite.»

Expertise :

L'auteur site le cas d'un enfant de 12 ans frappé à la tête avec une règle par son professeur. L'enfant meurt subitement et l'instituteur est incriminé.

Autopsie :

Pas de fracture du crâne ; granulations tuberculeuses du poumon et des méninges. Il y a eu coincidence fâcheuse entre le geste du professeur et le résultat d'une granulie insoupçonnée.

Les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses peuvent également être une cause de mort subite. Leur rupture, avec déversement de leur contenu dans les bronches peut, donner des accidents par suffocation avec mort plus ou moins rapide. Il en est de même si ulcération de vaisseaux, par embolie, ou par suffocation si la quantité de sang remplit les bronches sans se manifester extérieurement par une hémoptisie.

Le plus grand nombre de décès subits sont à mettre au compte des bronchites capillaires et des broncho-pneumonies.

Expertise :

Mort suspecte chez un enfant de 5 mois. Suspicion d'intoxication par éther — Bronchite purulente.

Autopsie :

Larynx, trachée, bronches remplies par une quantité considérable de liquide purulent.

Poumons : pas de taches de Tardieu. A leur surface de larges taches vertes ; très congestionnés, surnagent quand-même, mais sans œdème. Ganglions péribronchiques pas hypertrophiés. Autrement rien à signaler.

Conclusions :

1° Mort par bronchite purulente datant de quelques jours.

2° Cette mort est fréquente chez les jeunes enfants.

Autre cas : Enfant masculin 5 mois, mort suspecte.

Autopsie :

Aucune trace de violences. Péricarde : liquide avec ecchymoses sous-péricardiques. Foie, Reins : rien à signaler.

Larynx, trachée et bronches envahis par une quantité considérable de liquide purulent.

Conclusions :

Mort par suffocation dans un cas de bronchite généralisée purulente.

Expertise médico-légale du 20 Juillet 1880.

Enfant masculin, 5 mois, 4700 grammes, 64 cm de long. L'état du cadavre indique que pendant sa vie l'enfant a reçu des soins, et en particulier l'alimentation a été suffisante.

Autopsie :

Téguments et os du crâne ne présentent rien d'anormal. Les méninges ne paraissent pas atteintes pas des tubercules.

« Le Larynx, la trachée et les bronches contiennent une quantité considérable de liquide purulent.

Les poumons ne présentent pas d'écchymoses sous-pleurales ; on remarque à leur surface de larges plaques vertes. Ces organes sont très congestionnés, mais sans œdème ; ils surnagent.»

Autrement tout est normal.

Conclusions :

« Le jeune Louis B. était atteint d'une bronchite généralisée purulente, datant par conséquent de plusieurs jours déjà.»

Brouardel attache une grande importance aux bronchites capillaires et purulentes vu leur fréquence dans les causes de mort subite.

MAX RICHTER soutient à Carlsbad en 1902 que, chez les enfants, la bronchite capillaire est la cause principale de toutes ces morts inattendues.

Le professeur **PERRIN DE LA TOUCHE** dans une autopsie le 1er octobre 1902 conclut à une mort par broncho-pneumonie. La voici résumée :

La femme L... avait la mauvaise habitude de prendre son enfant avec elle au lit. Un matin elle le trouva mort à côté d'elle. Malgré de bons renseignements elle fut inculpée d'infanticide.

Autopsie :

Enfant de 4 mois, bien constitué. Thymus très volumineux. Les ganglions lympathiques du cou sont tuméfiés.

Trachée et grosses bronches : muqueuse congestionnée ; et renfermant dans leur lumière une écume visqueuse.

Poumons : « Volumineux, de consistance supérieure à la normale et crépitant à peine, surtout le poumon gauche. Celui-ci de couleur plus foncé a par endroits un aspect lisse. On voit à la surface des deux poumons une dizaine d'ecchymoses sous-pleurales de petites dimensions.»

« En comprimant des fragments du parenchyme pulmonaire on voit sortir des coupes des petites bronches des gouttelettes muco-purulentes, puis une quantité énorme de spume et de sang. Néanmoins tout le tissu pulmonaire contient encore suffisamment d'air pour que tous les fragments flottent quand ou les plonge dans l'eau.»

Cœur : très gros avec taches sous-péricardiques. Les valvules auriculo-ventriculaires sont boursoufflées.

Conclusion :

Mort par bronchopneumonie s'accompagnant d'endocardite. Le thymus n'est vraisemblablement pas sans influence.

BRELET [5]) en 1906 dans sa thèse très documentée donne un aperçu de la question. Il admet la mort subite par régurgitation, par bronchite capillaire et purulente ainsi que par bronchopneumonie, et signale un cas de mort par ombrics qui avait fait penser à un crime.

Une petite fille de 3 ans meurt subitement. Sa belle-mère est accusée de lui avoir porté des coups. A l'autopsie on découvre un lombric de 20 cm de long occupant le larynx et la trachée, et qui avait provoqué l'asphyxie. Chose curieuse ce fut le seul lombric qu'on put découvrir, le tube digestif ne contenant pas d'autres spécimens.

PARAVICINI [6]) en 1909 publie également une étude sur la mort subite et conclut :

« La congestion pulmonaire essentielle est rare ; mais la plupart des lésions pathologiques du poumon sont suivies de congestion. Et cette congestion poussée à l'extrême peut se terminer par la mort rapide.»

Il fait remarquer que l'enfant ne sait ni tousser ni cracher, et que chez de petits tuberculeux, en apparence bien portants, se levant jusqu'au dernier jour, les poumons présentent de petites cavernules et qu'en cas d'accident « il faut penser à une congestion rapide et intense des poumons, qui entraine une mort presque subite.»

SABATIER [7]) en 1910 lui aussi signale des morts par régurgitation avec ramolissement dû à l'autodigestion. La bronchite capillaire, dit-il, tue facilement un enfant de moins de 6 mois, et relève également que la congestion pulmonaire rapide est une cause fréquente de mort.

Il cite **VIBERT** qui a publié 3 cas d'autopsies d'enfants de moins de un an, morts subitement de fièvre typhoïde méconnue. A l'autopsie, outre les lésions caractéristiques des plaques de Payer, on aurait trouvé une congestion pulmonaire intense ayant donné la mort.

Il cite également **BLASI** qui aurait trouvé à l'autopsie d'enfants morts subitement, des lésions de pneumonie méconnues et qu'il a rapprochées des « pneumonies lentes ou froides » de Titomanlio.

STRASSMANN [8]) dans les Annales d'Hygiène publique et Médecine légale 1913 prétend que toujours ont peut expliquer la mort subite par lésions somatiques simples ou multiples, et qu'en particulier on constate souvent de catarrhes bronchiques et entéro-bronchiques. Il écrit :

« Les catharres bronchiques et entéro-bronchiques jouent toutefois un rôle essentiel dans la mort rapide des jeunes enfants ; cela ressort pour nous nettement de nos observations,

et les médecins d'enfants mêmes, qui attachent l'importance principale à la constitution, ne le contestent pas, autant que je sache.»

De 1906 à 1910 il fait l'autopsie de 240 enfants morts subitement dans des conditions suspectes, et il communique le tableau suivant :

17 morts par catarrhe bronchique.
43 morts par catarrhe bronchique avec début d'inflammation pulmonaire.
78 morts par catarrhe bronchique et catarrhe intestinal.
48 morts par catarrhe bronchique et gastro-intestinal.
1 mort par bronchite et broncho-pneumonie.
23 morts par bronchite et broncho-pneumonie et catarrhe intestinal.
17 morts par bronchite broncho-pneumonie et catarrhe gastro-intestinal.

Les autres décès sont attribués à des causes diverses non pulmonaires.

« Prenant en considération les importantes lésions pulmonaires dans ces divers cas, nous nous étions rangé au point de vue que Max Richter soutint à Carlsbad en 1902 et nous avons regardé la bronchite capillaire comme la cause principale de la mort subite chez les enfants.»

Voici trois cas en résumé :

Un enfant de 4 mois ayant toussé un peu. On n'y fit pas attention vu qu'autrement il se portait bien. Un matin on le trouva mort dans son lit.

A l'*autopsie* : Bronchite diffuse sans hypertrophie thymique ; léger catarrhe intestinal.

Un enfant de 3 mois jusque-là sain et vigoureux meurt d'une façon inattendue dans un accès de dyspnée.

Autopsie: Thymus 21 grammes, pas compression; bronchite capillaire avec peu de lymphocytes au microscope.

Un autre enfant de 8 mois trouvé un matin mort dans son lit. Il n'avait jamais été malade et le décès parut suspect.

Autopsie : Thymus 32 grammes, pas de compression, bronchite diffuse. Au microscope les coupes accusent des mucosités remplissant toutes les bronchioles avec une forte infiltration lencocytaire des paroies de celles-ci.

MARTIN-MOURIQUANT [9]) en 1913 envisagent plusieurs types de mort subites ; celles dues :

1° à des lésions organiques évoluant sournoisement, et créant un obstacle mécanique au jeu d'un organe essentiel de la vie.

2° aux maladies infectieuses et qui donnent la mort par toxémie.

3° aux syncopes mortelles par action inhibitrice comme les narcoses par exemple.

Il ajoute que dans ces cas de décès brusques, la clinique ne donne souvent rien du tout, alors que macroscopiquement et histologiquement l'autopsie révèle des lésions importantes d'un ou de plusieurs organes qui « sans expliquer toujours la soudaineté du décès, coïncident fréquemment avec lui.»

La broncho-pneumonie et la bronchite capillaire dit-il, donnent rarement une mort subite et plus souvent une mort rapide.

Il cite Weill dans 2 cas de mort subite par laryngospasme au cours d'une broncho-pneumonie, fait qui, parait-il, n'est pas rare et souvent méconnu.

NASSO [10]) en 1920 rapporte un cas de mort subite où l'autopsie révéla : « une congestion massive des deux poumons avec un bloc d'hépatisation au sommet droit.»

CAVENGT [11]) en 1922 publie un cas de mort inattendue par broncho-pneumonie.

DUVOIR [12]) dans « La Médecine » 1923 insiste sur la nécessité de l'enquête judiciaire en cas de mort subite, et sur l'utilité de l'autopsie qui permet souvent, en faisant un diagnostic médico-légal, de conclure à la cause de la mort.

Voici une de ses expertises :

Enfant L... 5 semaines trouvé mort un matin dans le lit de sa mère. Celle-ci explique qu'à 2 heures du matin, l'enfant criant, elle l'avait mis au sein comme d'habitude. S'étant endormie, elle s'accuse d'avoir étouffé l'enfant pendant son sommeil.

Autopsie :

Aspect extérieur sans particularités, pas trace de violences.

« A l'ouverture du cadavre les poumons apparaissent très congestionnés, parsemés d'ecchymoses punctiformes de Tardieu. A la coupe les bronchioles laissent sourdre des gouttes de sérosité blanchâtre. Pas de liquide dans les plèvres. Le larynx, la trachée et les grosses bronches sont d'apparence normale »

Cœur : petites ecchymoses sous-péricardiques.

Estomac : 40 grammes de lait caillé.

Foie : parsemé de plaques jaunâtres, il présente ébauché l'apparence de foie infectieux.

Conclusions :

Bronchite avec léger état broncho-pneumonique. Les lésions sont suffisantes pour expliquer la mort à cet âge. La compression thoracique par la mère est possible, mais ne paraît jouer qu'un rôle accessoire dans cette mort.

BRINDEAU [13]) en 1923 donne, dans les Annales de Médecine légale, quelques précisions supplémentaires sur la question.

Il appelle mort subite un décès imprévu chez un enfant jouissant d'un état de santé florissant, n'ayant présenté aucun symptôme pouvant faire penser à une maladie grave et moins encore à une issue fatale.

La mort rapide d'après lui se rencontre dans les maladies infectieuses, pendant elles ou à leur déclin.

Viennent enfin les fausses morts subites dues à des traumatismes obstétricaux, chirurgicaux, anesthésiques ou médicamenteux. Dans sa spécialité il signale des cas de mort subite chez des nouveaux-nés pendant et après accouchement par suite de compression thoracique.

Dans une discussion qu'il eut avec le professeur **BALTHAZARD** ce dernier signale 12 cas de mort subite étudiés avec Lyon-Caen, décès où la mère admettait avoir étouffé involontairement l'enfant pendant son sommeil, et qui en réalité n'était que le résultat de l'évolution, peut être longue, mais certainement insoupçonnée, d'une infection pulmonaire ancienne. Balthazard signale qu'à l'autopsie il a trouvé des lésions de broncho-pneumonie microscopiquement constatables, mais surtout des lésions de bronchite capillaires indiscutables. Il explique la mort subite par un catarrhe suffocant entrainant la mort avant que l'affection ait envahie l'alvéole pulmonaire.

L'examen microscopique révèle des polynucléaires nombreux dans les petites bronches avec tantôt des pneumocoques tantôt du stretocoque.

Les autopsies blanches, avec absence de signes d'asphyxie sont à attribuer à la syncope.

NOBECOURT, **BOULANGER** et **PILET** [14]) en 1929 font une excellente mise au point de la question de la mort subite, où malheureusement les causes pulmonaires ne tiennent que peu de place comme dans la plupart des ouvrages.

« La mort subite ou inopinée des nourrissons, disent-ils, est relativement rare. Elle pose des problèmes de pathogénie et assez souvent des problèmes d'ordre médico-légal, que ne résout pas toujours l'autopsie la plus complète.»

Les auteurs signalent que d'après Heller assez souvent la mort subite des nourissons hérédosyphilitiques peut être rapportée à des lésions pulmonaires graves, de pneumonies interstitielles latentes cliniquement.

Quant aux bronchites et bronchopneumonies les auteurs disent :

« Chez les enfants âgés de quelques jours, de quelques semaines, de deux mois au plus, il semble que la bronchite

aiguë simple puisse être la cause de la mort subite. A l'autopsie, le larynx, la trachée et les bronches sont remplies de mucosités, les poumons sont plus ou moins congestionnés. Vraisemblablement c'est la congestion surajoutée qui est responsable de la mort subite.» Et plus loin :

« La bronchopneumonie est une cause très importante de mort subite. Souvent latente chez les nourissons cachectiques ou atteints des troubles gastro-intestinaux.»

Les auteurs concluent que la mort subite est fréquente dans le premier âge ; 2/3 dans la première année par « lésions d'un ou plusieurs organes, qui évoluent d'une manière latente et créent brusquement l'insuffisance d'un organe essentiel de la vie... Dans bien des cas les comémoratifs, ni l'examen, clinique, ni même l'autopsie n'expliquent d'une manière satisfaisante la mort subite.... Ces notions doivent retenir l'attention du médecin-légiste commis pour pratiquer l'autopsie d'un nourisson, mort subitement dans des conditions suspectes.» En parlant des examens macro- et microscopiques ils disent :

« Habituellement ces examens sont incapables de préciser la cause véritable de la mort subite ; mais ils relèvent souvent des altérations importantes qui, sans expliquer toujours la soudaineté du décès, coïncident fréquemment avec lui, et permettent de dire que la mort a été naturelle et ne résulte pas d'un acte criminel.»

PÉCHÈRE [15]) dans les annales de mèdecine légale de 1930 admet en cas de bronchite capillaire une mort plutôt par congestion pulmonaire intense que par étouffement dû aux mucositées obstruant les bronches.

LESNÉ-WAITZ [16]) dans la même année attirent l'attention sur certains cas rares où la mort subite peut survenir au cours d'infections aiguës et suraiguës.

Il en est ainsi pour la broncho-pneumonie infantile. Ils rappellent également que le nourrisson a des réactions moindres et peu proportionnelles à la gravité de l'infection.

Vient enfin une observation récente. Elle date du 7 mai 1934 et est due à l'amabilité de mon président de thèse M. le médecin général inspecteur **CHAVIGNY**, professeur de Médecine-légale qui a bien voulu me la confier pour documenter cet ouvrage.

Il s'agit d'une petite fille, en apparence bien portante et trouvée morte un matin dans son lit.

Rapport d'expertise (inédit).

« Je soussigné Chavigny Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par réquisition en date du 5 mai de Monsieur Durr, substitut du Procureur de la République à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre de Christine Ch... et déterminer les causes de la mort, déclare, serment préalablement prêté, que les résultats de mon expertise sont les suivants :

A la surface du corps aucune trace de violences quelconques. Les lividités sont de coloration quelque peu claires. La section des muscles ne présente nullement la coloration habituelle aux intoxications par l'oxyde de carbone, et quand on ouvre le thorax, on est immédiatement frappé par le volume inusité que les deux poumons occupent dans le thorax, ne s'affaissant nullement quand le plastron sternal est enlevé.

Ni sur les poumons, ni sur le péricarde on ne trouve des taches de Tardieu.

Sur la surface des deux poumons on trouve un certain nombre de placards emphysémateux, tandis que la plus grande partie du parenchyme se trouve atélactasié et lourd. Il s'agit d'une bronchopneumonie pseudolobaire double, ayant atteint la plus grande partie des poumons.

Il n'est nullement exeptionnel de rencontrer de ces cas de jeunes enfants qui sucombent brusquement à cette affection, sans que rien n'ait fait prévoir cette mort immédiate.

Le thymus est quelque peu hypertrophié, mais il n'est intervenu en rien au mécanisme de cette mort qui est purement pathologique, simple, infectieuse. »

DEUXIÈME PARTIE

Nombreuses sont les morts subites chez les enfants, et les observations qui précèdent témoignent de la multiplicité des circonstances dans lesquelles on peut les rencontrer. C'est au médecin-légiste de faire la lumière dans tous ces cas douteux que la justice lui soumet, et c'est sur son avis éclairé qu'elle inculpera ou qu'elle prononcera un non-lieu. Le juge d'instruction ne demandera pas au médecin des discussions savantes, mais une réponse précise : tel professeur en battant son élève avec une règle, l'a-t-il tué, ou l'enfant est-il mort pour d'autres raisons ? — Telle fille-mère a-t-elle tuée son enfant pour s'en débarrasser, ou cet enfant est-il mort tout naturellement ?

La question est grave; il y va des travaux forcés pour la première, d'un non-lieu pour la deuxième éventualité. D'où la nécessité pour le médecin, qui sera appelé à faire l'autopsie de bien connaître les causes et les modalités de ces décès.

Brouardel dans « La mort et la mort subite ». Paris 1895 faite une excellente classification des différentes formes de morts inattendues, et Brindeau, Péchin, Martin-Mouriquant et Nobécourt dans leurs ouvrages souscrivent à cette façon de voir.

Classiquement on distingue trois catégories bien séparées cliniquement :

1° La mort subite.
2° La mort rapide.
3° Les fausses morts subites.

1° En ce qui concerne les jeunes enfants on appelle : *mort subite*, le décès inattendu d'un enfant jouissant d'un état de santé florissant en apparence, et n'ayant présenté aucun

symptôme pouvant faire penser à une maladie et encore moins à un accident fatal. Brouardel propose « Mort subite et imprévue ». Il insiste sur le mot « imprévu », l'opinion publique et la justice se contentant de l'explication. C'est le décès brusque « sans agonie » de Bertin. L'enfant meurt en quelques secondes, sans avoir le temps de manifester auparavant un malaise quelconque.

2° La *mort rapide*, par contre, se rencontre dans les maladies infectieuses, au déclin du mal, ou au moment où l'enfant entre en convalescence. Ici il y a aura agonie. Le petit malade, qui semblait aller mieux, présente tout à coup une aggravation de son état, et meurt dans un laps de temps plus ou moins court, celui-ci pouvant varier entre quelques minutes et quelques heures. Il y a lutte, avec peut-être quelques rémissions passagères, qui n'empêchent pas l'issue fatale dans le coma. Ce sont-là ces morts rapides qu'on rencontre au cours de la diphterie, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la fièvre typhoïde qui, tout en n'étant pas subites, ne sont pas moins inattendues.

3° Enfin les *fausses morts subites*, attribuées d'une part à des transmatismes, tels que les opérations, les accouchements difficiles (forceps), les corps étrangers du tractus trachéo-bronchique, d'autre part aux chocs anesthésiques et médicamenteux, traumatisants internes s'il est permis de s'exprimer ainsi. On y joindra le grand groupe des morts par inhibition, expression qui ne fait qu'exprimer notre ignorance dans ce domaine.

C'est de la première catégorie que nous allons nous occuper spécialement. C'est la moins bien connue. Nous laisserons donc de côté toutes ces morts par corps étrangers des voies respiratoires, par traumatismes, par inhibition ou au cours de maladies infectieuses, pour nous intéresser en particulier aux causes et aux conséquences de ces morts subites et inattendues chez des enfants en bonne santé apparente.

Nous ne parlerons volontairement pas de la mort thymique. Les thymus de 20 à 30 grammes sont fréquents aux autopsies. Leur rôle dans la mort subite n'est pas encore élucidé. Il peut se faire que leur congestion, impossible à retrouver à l'autopsie d'ailleurs, puisse donner quelque gêne respiratoire, voir même des accès de suffocation aiguës dans certains cas ; morts rapides peut-être, mais pas sans agonie comme chez tout être qui étouffe. Il parait donc peu probable, et la plupart des auteurs l'admettent, que les compressions thymiques rentrent dans les causes courantes des morts subites, compression qui pourrait quand-même influencer la santé des enfants, par la gène respiratoire, et les prédisposer peut-être à une atteinte par les germes morbides des affections pulmonaires. Aujourd'hui d'ailleurs les recherches concernant le corps thymique, sont orientées vers son rôle endocrinien, toxique probablement par dégénérescence.

Ce qui nous intéresse spécialement dans les morts subites, ce sont les causes pulmonaires vraies. Parmi celles-ci l'œdème pulmonaire est rare chez les enfants et en particulier chez le nourrisson. La pneumonie vraie « est une cause exceptionnelle de mort subite ; elle est d'ailleurs assez rare avant deux ans.» (Nobécourt).

Parker cite l'observation d'un enfant de 17 mois atteint de pneumonie vraie diagnostiquée cliniquement à la base du poumon droit. Il meurt, et l'autopsie révéla un poumon hépatisé et un peu de péricardite.

Il en est de même de la Diphtérie trachéo-bronchique, où, à part les morts par toxémies, les décès sont rares, sauf par broncho-pneumonie ou granulie surajoutées.

Acker cite une mort brusque et inattendue par rupture d'un ganglion tuberculeux caséifié dans la veine cave après ulcération des paroies de celle-ci.

Karten rapporte un cas analogue pour une caverne tuberculeuse, trouvaille d'autopsie comme pour le cas précédent.

Tous ces faits sont extrèmement rares. En général la maladie s'est manifestée auparavant par quelques symptômes

et a été diagnostiquée avant la mort rapide et imprévue ; il n'y aura que rarement enquête judiciaire dans ces cas.

Mais il y a deux affections principalement, mortelles chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ce sont les bronchites capillaires et purulentes d'une part, les broncho-pneumonies d'autre part. Souvent elles évoluent toutes les deux sans bruit. Personne ne s'aperçoit de rien et subitement l'enfant est mort dans des conditions souvent douteuses, provoquant ainsi l'enquête judiciaire et l'autopsie médico-légale pour écarter toute suspicion de crime.

Les morts subites après accouchement sont très nombreuses; soit par traumatisme, l'accouchement ayant été difficile, soit que l enfant ait une hérédité chargée, ou soit hérédo-syphilitique, ce qui arrive assez souvent. L'enfant n'est pas viable et meurt plus ou moins rapidement. Mais le plus souvent la mort subite surprendra des enfants dans les 1ers mois de la vie par bronchite capillaire ou broncho-pneumonie (Huttenbrenner), et nous verrons plus loin que ces affections font le plus de ravages chez les jeunes enfants de moins de deux ans.

Fréquence des morts subites chez les enfants.

1° West à Londres en 1854 compte 627 cas de morts subites dont 272 chez des enfants.

2° Schlemmer A. à Vienne en 1877 compte 158 cas.

3° Richter signale à Carlsbad en 1902 qu'il a fait l'autopsie de 1797 enfants morts subitement de 1897 à 1901, donc en 4 ans.

4° Strassmann de 1906 à 1910 voit 240 cas de morts subites chez des enfants.

Les chiffres sont imposants et font voir l'étendue des ravages que la mort fait parmi les nourrissons et les jeunes enfants.

A quel âge les enfants sont-ils atteints le plus ?

1° West à Londres indique :

236 cas de moins de 1 an
36 cas de 2 à 5 ans.

2° Richter: 1797 cas de moins de 15 ans se répartissant de la façon suivante :

1525 cas de moins d'un an
218 cas de 1 à 5 ans
40 cas de 5 à 10 ans
14 cas de 10 à 15 ans.

C'est dans la première année que l'enfant est le plus facilement enlevé par mort subite.

3° Strassmann indique le chiffre de :

240 cas d'enfants morts à moins de 2 ans.

Quelle est l'époque de plus grande mortalité ?

Schlemmer a eu la curiosité d'étudier la question, et est arrivé à répartir ses 158 cas de la façon suivante :

Janvier	16	Juillet	6
Février	17	Août	5
Mars	21	Septembre	7
Avril	19	Octobre	16
Mai	14	Novembre	13
Juin	6	Décembre	15

On remarque une mortalité plus forte pendant la saison froide avec des chiffres plus élevés à l'approche du printemps comme pour toutes les affections saisonnières.

Resterait à voir dans quelle proportion le diagnostic a été fait avec certitude ?

1° Schlemmer sur 158 cas diagnostique avec certitude 91 bronchites capillaires suffisantes pour expliquer la mort subite.

2° Smith donne un pourcentage de 4,8% de diagnostics certains.

3° Brouardel arrive à un pourcentage de 10%.

Il nous semble que ces chiffres sont un peu bas. Le diagnostic certain se fait presque toujours ; le plus souvent on trouve des lésions somatiques pouvant expliquer la mort subite, sauf dans les décès par inhibition, où l'on ne trouve rien, mais celles-ci n'occupent certainement pas 90% des cas.

D'ailleurs Strassmann sur ses 240 cas d'autopsies faites sur des enfants de moins de 2 ans, morts subitement, donne le tableau suivant :

17 catarrhes bronchiques,
43 catarrhes bronchiques avec début d'inflammation pulmonaire,
78 catarrhes bronchiques et intestinaux,
48 catarrhes bronchiques et gastro-intestinaux,
1 Bronchite et bronco-pneumonie avec catarrhe gastrique,
23 Bronchites et bronchopneumonies avec catarrhes-intestinaux,
17 Bronchites et broncho-pneumonies avec catarrhes gastro-intestinaux

Les autres morts relèvent des causes diverses, soit 13 contre 227 cas de décès uniquement d'origine broncho-pulmonaire. Il observe 3 ou 4 morts par inhibition ; nous arrivons donc ici à 94,5% de morts subites dont les causes ont été diagnostiquées avec certitude à l'autopsie.

Tableau clinique de la mort subite par bronchite capillaire et bronchopneumonie.

C'est-là un sujet très délicat. Rares sont les personnes qui ont l'occasion d'assister au drame qui ne dure que quelques secondes.

Classiquement la crise débute par une dyspnée extrême ; la face et les lèvres deviennent livides. L'enfant ouvre la bouche toute grande en renversant la tête en

arrière dans un dernier effort pour respirer. Les yeux, fixes dans leurs orbites, réflètent l'anxiété extrême. La peau est humide et froide. Quelques mouvements plus ou moins convulsifs des petits membres cyanosés aux extrémités ; puis des contractures musculaires, le petit corps se raidit, un souffle et tout est fini.

C'est là un tableau qu'on n'observe que très rarement. La plupart du temps, la mère ou la personne préposée à la garde de l'enfant ne s'aperçoivent de rien. L'enfant est retrouvé mort dans son lit, ou meurt dans les bras de sa mère, sous les yeux de celle-ci ; un petit soupir et c'est tout. Pas de cyanose, pas de convulsions. Rien. Telle est la réalité vraie, celle qu'on observe le plus souvent.

Cela explique les morts inattendues d'enfants couchés à côté de leur mère, qu'on incrimine ultérieurement d'avoir écrasé ou étouffé leur enfant. Celui-ci qui n'est pas malade, pourrait cependant crier, se débattre, et il est peu probable qu'une mère ne soit pas réveillée par ses cris, ou par ses petits mouvements qu'elle sentira près d'elle. Ces cas exceptionnels peuvent arriver en cas de sommeil profond de la mère (à l'aide d'hypnotiques ou après abus d'alcool), mais cela n'est certainement pas exact pour la généralité des cas.

Il parait curieux qu'un enfant, si petit soit-il, puisse mourir subitement sans manifestations morbides préalables, conditionnées par l'atteinte grave des poumons. Il arrive parfois qu'une mère, très soucieuse de l'état de santé de son enfant, fasse appeler un médecin pour faire examiner celui-là. L'enfant était un peu pâle, ou bien il ne mangeait pas bien ; une autre fois il avait une joue un peu rouge, probablement qu'il s'agissait d'une dent qui allait percer et rendait l'enfant de mauvaise humeur ; peut-être aussi digérait-il mal ?

L'examen clinique dans ces cas est en général négatif ; l'auscultation ne rélève rien, pas de souffles, pas de râles au poumon, pas même une respiration un peu rude ou accélérée. Tout au plus peut-on observer une petite élévation thermique, mais à quoi l'attribuer ? Il n'y a aucun symptôme alarmant

et pourtant, quelques instants ou quelques heures plus tard l'enfant peut mourir de bronchite purulente ou de bronchopneumonie, diagnostiquées avec certitude à l'autopsie seulement.

Cette rapidité et ce manque de manifestations morbides se rencontrent fréquemment chez le jeune enfant et chez le nourrisson. C'est la règle chez les débiles. Nous nous trouvons en présence de natures jeunes, très susceptibles à un germe virulent, et qui réagissent encore très peu aux infections. Leur vitalité est encore faible, ils souffrent peu ou pas, et meurent « silencieusement » sans pousser un cri.

C'est au médecin de bien connaître cette forme de mort subite chez le petit enfant. Non qu'il puisse empêcher par des soins cette issue fatale, mais quand celle-ci arrivera il pourra ne pas tout de suite envisager une mort criminelle possible, et bien interroger les parents avant de conclure. Quelquefois un petit signe auquel personne n'attachait de l'importance, peut l'orienter vers un diagnostic de mort naturelle de l'enfant, et évitera ainsi toute enquête et procédure judiciaire si pénibles pour la famille.

Quand la mort est rapide les symptômes cliniques peuvent être les mêmes, mais sont en général plus atténués, se répartissants sur un laps de temps plus ou moins long. La respiration est généralement plus accélérée, moins profonde, la cyanose augmente parallèlement aux autres symptômes. On peut observer quelques convulsions des yeux. Parfois s'établissent des moments de rémission plus ou moins longs, après lesquels les symptômes d'asphyxie se renouvellent avec plus d'intensité à mesure qu'approche la mort.

Malgré toute la rapidité qu'une maladie peut mettre pour tuer un enfant, la mort n'est jamais instantanée. « Il est exceptionnel de voir un enfant mourir en quelques secondes sauf dans la mort par inhibition » (Tourdes). — « Souvent l'autopsie montre que le décès est le dernier acte d'une longue évolution morbide, aussi faut-il s'abstenir autant que possible du terme de « mort subite » dans les certificats de décès, celui-

ci pouvant entrainer par sa présence l'enquête judiciaire et l'auptopsie médico-légale quelquefois inutiles.» (Marcel Heger, Bruxelles, Presse médicale 1930).

Viennent encore quelques considérations pratiques concernant les autopsies.

L'examen soigneux du cadavre permet souvent au médecin légiste de faire un diagnostic de crime probable avant l'ouverture du cadavre. Certaines lésions, telles que des ecchymoses, des traces de strangulation au cou accompagnées d'érosions arrondies faites par les ongles, des traces de coups, des fractures de côtes, enfin des blessures peuvent orienter les recherches.

Mais il y a des cadavres qui extérieurement ne présentent rien d'anormal. Dans les asphyxies par coussins ou couvertures, la question peut se poser de savoir s'il y a homicide volontaire, par imprudence, ou s'il y a mort naturelle. Le problème est difficile, médico-légalement les lésions d'aphyxie observées sont identiques dans les deux cas, et c'est le juge d'instruction qui par l'examen des lieux, des circonstances, des témoignages, devra se faire une opinion sur l'éventualité à envisager.

Il en est autrement quand il s'agit de lésions pulmonaires, telles que celles de Bronchite purulente et de broncho-pneumonie. Ici on a en général des lésions pulmonaires suffisantes pour permettre au médecin légiste de conclure à une mort naturelle.

Lésions macroscopiques dans les bronchites capillaires ou catarrhe suffocant.

Celles-ci peuvent être : partielles, souvent accompagnées de broncho-pneumonie, ou: généralisées ce qui est plus fréquent.

On verra à l'ouverture du cadavre un poumon plus ou moins rouge, congestionné et dur ; son volume frappe. Il remplit toute la cavité thoracique. En certains endroits il pré-

sente des zones déprimées violacées, atélectasiées ne crépitant pas à la palpation. A sa partie antérieure on trouve souvent des zones d'emphysème, pâles, anémiées et translucides. Les ecchymoses sous-pleurales ou taches de Tardieu sont variables, et sont en rapport avec la durée de l'asphyxie terminale, elles peuvent être absentes. .

Quelquefois les signes ne sont pas si nets. On peut avoir un poumon peu congestionné qui s'affaisse à peu près normalement ; dans ce cas la palpation pourra nous rendre quelques services, en nous faisant percevoir dans la parenchyme pulmonaire de petites masses plus ou moins dures. Ce sont des indurations broncho-pneumoniques.

A l'ouverture de la trachée et des bronches on observe en général une congestion qui augmente de haut en bas en se rapprochant des petites bronches. Dans certains cas de bronchites hypermalignes, en période de grippe, on ne trouve souvent rien d'autre qu'une congestion rouge-rubis intense de tout l'arbre bronchique. — La muqueuse trachéale est en général épaissie, tuméfiée par œdème du chorion sous-jacent donnant à l'ensemble un aspect velouté. Quelquefois on observe du dépoli ou des ulcérations superficielles de la trachée et des grosses bronches.

A la coupe les poumons, dans les cas classiques de bronchopneumonies, présentent des ilôts plans ou saillants plus ou moins congestionnés dont le centre est formé par une bronchiole remplie d'une matière jaunâtre. Ce sont là les nodules de Charcot, caractéristiques de l'affection, autour desquels le tissu pulmonaire est plus ou moins congestionné et œdématié. La matière jaunâtre peut être exsudative, purulente ou mucopurulente et se reconnait facilement quand, après avoir râclé la coupe pulmonaire avec un couteau, on plonge cêlui-ci chargé de matières dans l'eau.

L'exsudat s'y perd rapidement.

Le pus se délie lentement.

Le muco-pus, cohérent avec de petites boules transparentes ne se délie pas dans l'eau.

Quelquefois pourtant les lésions ne sont pas si nettes. Brouardel conseille de presser le poumon après l'avoir incisé. On verra apparaître alors au niveau des petites bronchioles « des chandelles de muco-pus ».

Si on découpe au niveau des modules de Charcot un de ces petits ilôts et qu'on le plonge dans l'eau celui-ci s'enfonce, un petit fragment découpé entre les modules surnage. Cette opération permet un diagnostic certain de broncho-pneumonie macroscopiquement, mais exige beaucoup de patience et de persévérance dans les cas douteux.

La plupart du temps les recherches et constatations macroscopiques suffisent pour établir un diagnostic. Mais parfois les lésions peuvent être discrètes ou être à leur stade initial. Dans ces cas presque fréquents un examen microscopique sera d'un secours utile.

On pourra constater une desquamation épithéliale des bronchioles sans lésions dégénératives nécrosantes, et pas à confondre avec une desquamation totale, cadavérique, normale de l'épithélium. Les cellules cylindriques sont dépourvues de leurs cils. Le chorion présente une infiltration leucocytaire plus ou moins abondante ; dans la lumière des bronchioles présence de muco-pus abondant ; infiltration leucocytaire péribronchiolique. Nous nous trouvons en présence de lésions essentiellement inflammatoires avec dilatation vasculaire au niveau des lésions. Les alvéoles pulmonaires sont envahies de leucocytes et remplies de fibrine dans les zones hépatisées, moins touchées dans les zones internodulaires qui pourtant sont plus ou moins congestionnées.

L'examen microscopique présente encore un certain intérêt dans le diagnostic différentiel entre la Bronchite purulente et les régurgitations ; dans ce dernier cas la présence de petites bulles graisseuses permettera de conclure à une mort subite par étouffement du à un défaut de déglutition.

CONCLUSIONS.

La mort subite de cause pulmonaire chez le nourrisson et le jeune enfant n'est pas un fait rare. Dans ce domaine la pneumonie vraie, l'œdème pulmonaire et les accidents trachéo-bronchiques sont rarement observés, et donnent moins souvent des décès, sans manifestations morbides préalables, qui auraient pu passer inaperçues.

Ce sont avant tous les congestions pulmonaires, les broncho-pneumonies et surtout les bronchites capillaires qui, vu leur évolution rapide, et l'absence fréquente de signes cliniques, attirent, avec une mort suspecte, l'enquête judiciaire et l'autopsie médico-légale.

Malgré un état de santé qui n'inspirait aux parents aucune inquiétude l'enfant succombe rapidement à l'infection. Il a probablement présenté, soit un clocher thermique, soit un peu d'inappétence ou une certaine pâleur, attribués, tantôt à une mauvaise digestion, tantôt à une dentition difficile. Les enfants, surtout les débiles, réagissent souvent très peu aux infections et ce n'est que l'autopsie qui révèle des modifications étendues et nombreuses du parenchyme pulmonaire, expliquant ainsi la mort toute naturelle de l'enfant. Il n'y a pas crime et il ne pourra être question de poursuites judiciaires.

Le médecin légiste doit pouvoir agir vite, donner au plus tôt une réponse au juge d'instruction qui l'a commis pour l'autopsie. Cela comporte une connaissance approfondie des lésions pulmonaires dans ces cas. Macroscopiquement et microscopiquement bien connues depuis longtemps, celles-ci n'ont pas encore suscité dans les milieux médicaux l'intérêt qu'elles méritent. La littérature médicale, elle aussi, malgré

de bonnes publications, n'attire que trop rarement l'attention des médecins sur cette question, non seulement médico-légale mais aussi sociale et humanitaire.

Vu :
Le Président de Thèse :
P. Chavigny.

Vu :
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
A. Forster.

Vu et permis d'imprimer.
Strasbourg, le 23 Juin 1934.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
J. Dresch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

[1]) **Parrot**, Union médicale 1868.

[2]) **Kjerner**, Allgemeine med. Central-Zeitung 1874.

[3]) **Schlemmer Anton**, Ueber Bronchitis im Säuglingsalter und Histologie der bronchitischen Pförfe. Oesterreichisches Jahrbuch für Pediatrick 1877.

[4]) **Brouardel Paul** : La mort et la mort subite 1895.

[5]) **Brelet** : La mort subite chez l'enfant. Thèse de Paris 1906.

[6]) **Paravicini**: De la mort subite chez l'enfant, pathogénie et prophylaxie. Thèse de Montpellier 1909.

[7]) **Sabatier Paul** : La mort subite chez l'enfant au point de vue clinique et médico-légal. Thèse de Montpellier 1910.

[8]) **Strassmann** : La mort subite des enfants envisagée au point de vue médico-légal.
Annales d'Hygiène publique et médecine légale octobre 1913.

[9]) **Martin-Mouriquant** : La mort subite des enfants.
Archives d'antropologie et crim. Paris 1913.

[10]) **Nasso** : La Pédiatria, 15 avril 1920.

[11]) **Cavengt** : La Pediat. Espag. 1922.

[12]) **Duvoir**: Mort suspecte du nourrisson. La Médecine 1923.

[13]) **Brindeau** : A propos de la mort subite des jeunes enfants. Annales de Med. légale Paris 1923.

[14]) **Nobécourt, Boulanger, Pilet** : Les morts subites chez les Nourrissons. VI[e] Congrès des Pédiatres de langue française. 30 septembre 1929.

[15]) **Péchère** : La mort subite des enfants au point de vue médico-légal. Annales de Med. Légale avril 1930.

[16]) **Lesné, Waitz** : La mort subite chez les nourrissons atteints de diphtérie latente. Le Nourrisson Janvier 1930.